

Research Paper



The Effectiveness of Compassionate Mind Training on Psychological Well-Being and Tolerance of Women Experiencing Marital Conflict



Parisa Moayed*¹

1. Parisa Moayed, M.A In Family Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15301

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.10.2](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1401.17.67.10.2)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15301.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
compassionate mind;
marital conflict;
psychological well-being;
tolerance of distress

Received: 2022/02/02
Accepted: 2022/03/19
Available: 2022/12/21

The present study aimed to investigate the effectiveness of compassionate mind training on psychological well-being and distress tolerance of women involved in marital conflict. The research applied a quasi-experimental design including pre-test, post-test, and control group. The statistical population included all women who had gone to counseling centers in Isfahan due to experiencing marital conflict. The statistical sample consisted of 24 women selected by purposive sampling method according to the entry and exit criteria and randomly replaced in two groups of 12 experimental and control. Before the training, both groups were tested by the Barati and Sanai marital conflict test, the psychological well-being of Reef and Keys, and the distress tolerance of Simmons and Gaher. Training sessions for the experimental group were held once a week (90 minutes) for eight sessions. After the sessions, a post-test was performed for both groups. Data analysis was performed using univariate and multivariate analysis of covariance. The results showed that compassionate mind training had a significant effect on increasing psychological well-being (components of positive relationships with others, autonomy, and mastery of the environment) and distress tolerance (tolerance and absorption components) ($p < 0.05$). In general, compassionate mind training can increase the psychological well-being and tolerance of the women experiencing marital conflict.



* Corresponding Author: Parisa Moayed

E-mail: p.moayed1372@gmail.com

مقاله پژوهشی



اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر بهزیستی روانشناختی و تحمل پریشانی زنان درگیر تعارض زناشویی

پریسا موید^{۱*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15301

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.10.2](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15301)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15301.html

چکیده

مشخصات مقاله

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر بهزیستی روانشناختی و تحمل پریشانی زنان درگیر تعارض زناشویی بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان درگیر تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بودند. نمونه آماری شامل ۲۴ نفر از زنان که به شیوه نمونه گیری هدفمند و با توجه به ملاک های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. قبل از شروع آموزش، هر دو گروه به وسیله آزمون های تعارض زناشویی براتی و ثنایی، بهزیستی روانشناختی ریف و کیز و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر تحت پیش آزمون قرار گرفتند. جلسات آموزش برای گروه آزمایش به صورت یک بار در هفته (۹۰ دقیقه) و به مدت هشت جلسه برگزار شد. پس از پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش ذهن شفقت ورز بر افزایش بهزیستی روانشناختی (مولفه های روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و تسلط بر محیط) و تحمل پریشانی (مولفه های تحمل و جذب) اثرگذاری معناداری داشته است ($p < 0/05$). به طور کلی آموزش ذهن شفقت ورز می تواند باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و تحمل پریشانی زنان درگیر تعارض زناشویی شود.

کلیدواژه‌ها:

ذهن شفقت ورز، تعارض زناشویی، بهزیستی روانشناختی، تحمل پریشانی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۱/۱۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

*نویسنده مسئول: پریسا موید

رایانامه: p.moayed1372@gmail.com

مقدمه

خانواده از جمله نهادهای مهم در جامعه محسوب می شود. چنانچه خانواده عملکرد مناسبی داشته باشد، اعضای آن نیز از بهزیستی و سلامت روان برخوردار خواهند بود (راسی و پچوری^۱، ۲۰۱۸). زمانی که زوجین زندگی رضایتمند و بابتی را تجربه می کنند، ممکن است تعارضاتی را نیز در رابطه خود تجربه کنند (جونگ، بییم، لی، پوتنزا، جو و سان^۲، ۲۰۲۰). منظور از تعارض زناشویی^۳ هرگونه اختلاف و عدم تفاهم میان زوجین است که در صورت تشدید، استحکام خانواده و ثبات زندگی زناشویی را مختل می کند (پاپ^۴، ۲۰۱۸). تعارضات زناشویی زمانی به وجود می آیند که زوجین به دلیل همکاری و تصمیمات مشترک، درجاتی از استقلال را نشان می دهند که ممکن است تفاوت هایی باهم داشته باشند. این تفاوت ها را می توان بر روی یک پیوستار از تعارض خفیف تا تعارض شدید طبقه بندی کرد (امانی، عیسی نژاد و علیپور، ۱۳۹۷). این مسئله از جمله مشکلات شایع زوجین (خیراللهی، جعفری، قمری و باباخانی، ۱۳۹۹) و نتیجه ناهماهنگ بودن انتظارات و خواسته ها (آرمان پناه، سجادیان و ناد، ۱۳۹۹) و رفتارهای غیر مسئولانه نسبت به رابطه زناشویی و خانواده است (خدادوست و ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۹). در صورتی که زوجین موقعیت های متعارض را به شیوه ناکارآمدی مدیریت کنند، اثرات زیانباری بر سلامت جسمی و روانی زوجین خواهد داشت و کیفیت رابطه زناشویی را تضعیف می کند (تاگارت، بانون و هامت^۵، ۲۰۱۹). تعارض زناشویی می تواند ساختار روابط زناشویی را دچار آسیب کند و باعث کاهش بهزیستی روانشناختی^۶ زوجین گردد (نامنی، جاجرمی و سلیمانیان، ۱۴۰۰).

بهزیستی روانشناختی به عنوان ارزیابی شناختی و هیجانی فرد از زندگی اش تعریف می شود (براتی، عریضی و شهیر، ۱۴۰۰) و بر اساس زندگی آرمانی و به معنای شکوفایی قابلیت های انسانی است که دربردارنده ملاک های مکمل و مشابه سلامت روان شناختی است (پوررنجبر، خدادادی و فتحی، ۱۳۹۹). بهزیستی از ۶ فاکتور پذیرش خود، هدف در زندگی، تسلط بر محیط، خودمختاری، رابطه مثبت و رشد شخصی تشکیل شده است (ریف^۷، ۲۰۱۴). بعد هیجانی بهزیستی به معنای برخورداری از حداقل عاطفه منفی و حداکثر عاطفه مثبت است و بعد شناختی آن به ارزیابی شناختی افراد از میزان سلامت روان و کیفیت زندگی اشاره دارد (ناوارو^۸، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می دهد که سرمایه روانشناختی در برابر تحمل پریشانی^۹ روانی از شخص حفاظت می کند (زو، پنگ، ونگ، کو، چن و لیو^{۱۰}، ۲۰۱۷). تحمل پریشانی به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر هیجانات منفی اشاره می کند (دورلی، کاشدن، الکساندر، بلالوک و مک نایت^{۱۱}، ۲۰۱۹) و از جمله مهارت هایی است که می تواند در افزایش سازگاری و حل و فصل

تعارضات به زوجین کمک کند (اوکتاوا و آبراهام^{۱۲}، ۲۰۱۹). افرادی که سطح پایینی از تحمل پریشانی دارند، معمولاً با تلاش های نامناسب در مواجهه با هیجان های منفی درگیر نوعی بی نظمی رفتاری می شوند و با پرداختن به رفتارهای اجتنابی به دنبال تسکین درد هیجانی خود هستند (ماتنی، سامرز، مکتایی، هاروی، اوکی و کاگل^{۱۳}، ۲۰۱۷). از جمله مشخصه های این افراد این است که هیجان های خود را تحمل ناپذیری می دانند، نسبت به آن احساس شرم دارند، آن را در خود نمی پذیرند و تلاش فراوان برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات تجربه شده دارند (علیزاده، پازوکی، اخلاقی و بهروزنژاد، ۱۳۹۴). چنانچه زوجین قادر به کنترل هیجانات منفی خود نباشند، تمام توجه آنها به موضوع یا هیجان آشفته کننده جذب می شود و عملکردشان به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد (دورلی و همکاران، ۲۰۱۹).

تاکنون مداخلات بسیاری در جهت کاهش تنش ها و مشکلات به وجود آمده در روابط زناشویی صورت گرفته است که از مهم ترین آنها می توان به آموزش ذهن شفقت ورز اشاره کرد (مورلی، ترانوا، کانینگهام و واگن^{۱۴}، ۲۰۱۶). شفقت به معنای در تماس بودن با رنج، آگاهی از رنج و اجتناب نکردن از آن، احساس مهربانی و تمایل به کاهش رنج خود و دیگران است. بنابراین افراد مشفق امید و انگیزه بیشتری برای حل تعارضات بین فردی دارند (اصلانی، اسکندی و برجعلی، ۱۳۹۸). نف و گرم^{۱۵} (۲۰۱۳) شفقت به خود را به عنوان سازه ای با سه مولفه تعریف می کنند که شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود؛ اشتراک انسانی در مقابل انزوا؛ ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی است. مولفه اول مستلزم مهربانی و گرمی با خود به جای قضاوت سختگیرانه نسبت به خود است. مولفه دوم بر پذیرش مشکلات زندگی به عنوان قسمتی از تجربه های مشترک انسان ها اشاره دارد، به این معنا که این مشکلات برای همه افراد روی می دهد. مولفه سوم شامل آگاهی از افکار و احساسات رنج آور به جای درگیر شدن کامل در آنهاست. درواقع ترکیب این سه مولفه ویژگی فردی است که نسبت به خود شفقت دارد (نف و پومر^{۱۶}، ۲۰۱۳). شفقت به خود با تاکید بر جنبه های مشترک تجارب زندگی، بر شباهت های افراد بیشتر از تفاوت های آن ها تاکید می کند (اسماعیلی، اکبرزاده، محمدی، نعمتی و رئیسین، ۱۳۹۵) و می تواند سیستم تهدید را غیر فعال و سیستم خود تسکین دهی را فعال کند (فروستادوتیر و دورجی^{۱۷}، ۲۰۱۹). طبق پژوهش هایی که در حوزه شفقت به خود صورت گرفته است، گیلبرت^{۱۸} (۲۰۰۵)، اقدام به استفاده از این سازه در جلسات درمان کرد و سرانجام تئوری «آموزش ذهن شفقت ورز» را مطرح نمود. آموزش ذهن شفقت ورز هسته اصلی درمان متمرکز بر شفقت است. آموزش ذهن شفقت ورز با هدف کمک به مراجعان برای آموختن مهارت های

10. Zhou, Peng, Wang, Kou, Chen & Liao
11. Doorley, Kashdan, Alexander, Blalock & McKnight
12. Octaviana, & Abraham
13. Matheny, Summers, Macatee, Harvey, Okey & Cogle
14. Morley, Terranova, Cunningham & Vaughn
15. Neff & Germer
16. Pommier
17. Frostadottir & Dorjee,
18. Gilbert

1. Rathi & Pachauri
2. Jeong, Yim, Lee, Potenza, Jo & Son
3. Marital Conflict
4. Papp
5. Taggart, Bannon & Hammett
6. Psychological well-being
7. Ryff
8. Navarou
9. Tolerance of distress

چند از برنامه آموزش ذهن شفقت ورز نیز حمایت عملی و نظری کرده اند (استیفان^{۱۶}، ۲۰۱۹؛ استیونسون، ماتیسک و نیکسون^{۱۷}، ۲۰۱۹؛ نف و مک گیپی^{۱۸}، ۲۰۱۰). این پژوهشگران در پژوهش خود نشان داده اند که شفقت به خود به دلیل ارتباط محکم با بهزیستی روانشناختی می‌تواند باعث کاهش آسیب‌های روانشناختی و بهبود مولفه های روانشناختی افراد گردد. جکوبسن، ویلسون، کورز و کیلام^{۱۹} (۲۰۱۸) نیز اذعان می‌کنند برخورداری از شفقت به خود بر بهبود روابط زوجین موثر است.

مطالعه پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه آموزش ذهن شفقت ورز حاکی از گذاری این رویکرد درمانی بر بهبود سازه های روانشناختی فرد و خانواده است. با توجه به اینکه عدم به کارگیری درمان‌های روانشناختی مناسب و پایدار برای تعارضات زناشویی می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در زنان و به خطر افتادن سلامت روانشناختی دیگر اعضای خانواده شود، به کارگیری روش‌های درمانی کارآمد می‌تواند به عنوان راه‌گشایی در جهت بهبود مولفه های روان شناختی، ارتباطی، هیجانی و شغلی این افراد به شمار رود (بیداری، امیرفخرایی و زارعی، ۱۴۰۰). تاکنون اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر متغیرهای گوناگون حوزه خانواده بررسی شده است اما پژوهشی به بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی بر بهزیستی روان شناختی و تحمل پریشانی زنان درگیر تعارض زناشویی نپرداخته است. از این رو پژوهش حاضر به دنبال این سوال است که آیا آموزش ذهن شفقت ورز بر بهزیستی روانشناختی و تحمل پریشانی زنان درگیر تعارض زناشویی اثر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بودند. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که ابتدا زنان دارای تعارضات زناشویی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان مورد شناسایی قرار گرفتند (با توجه به حجم بالای مراکز مشاوره تعداد ۱۰ مرکز انتخاب شد). سپس افراد داوطلب، پرسشنامه تعارضات زناشویی را تکمیل کردند و کسانی که نمره بالاتر از ۱۲۶ کسب کردند، به تکمیل دو پرسشنامه بهزیستی روانشناختی و تحمل پریشانی پرداختند. در این مرحله نیز ۲۴ نفر از زنانی که نمرات پایین تر از میانگین در این پرسشنامه ها را به دست آورده بودند، برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. با توجه به خاص بودن نمونه های

کلیدی مورد نیاز برای توسعه جنبه های جنبه های اساسی و ویژگی های شفقت مطرح شده است که عبارتند از مراقبت از تحمل آشفتگی^۱، بهزیستی، همدلی^۲، حساسیت^۳ و بدون قضاوت بودن^۴. استدلال شفقت آمیز^۵، احساس^۶ و رفتار شفقت آمیز^۷، تصاویر ذهنی^۸ و حالت های بدنی شفقت آمیز^۹ از جمله مهارت هایی است که باید در درمان کسب شود (گیلبرت، ۲۰۰۹). آموزش ذهن شفقت ورز شامل عناصر ویژه روانی-آموزشی است که بر روی کیفیت شفقت به خود، آگاهی از ترس‌های درونی، تعیین محل خود انتقادی به عنوان شکلی از استراتژی رفتار، افزایش همدلی برای نگرانی های شخصی و تلاش های بی خطر و تمرکز مجدد بر روی افکار، تصاویر، احساسات و رفتارهای مهربانانه با تکنیک های تصویر سازی ذهنی و با حرارت تمرکز دارد (گیلبرت و پروکتر^{۱۰}، ۲۰۰۶).

ذهن شفقت ورز به مراجع در پرورش یک رابطه شفقت آمیز درونی با خود به جای تحقیر، خود انتقادی و سرزنش کمک می‌کند و درمانگر با تاکید بر ویژگی‌های شفقت آنها را در مراجعان خود تقویت می‌کند. بنابراین این درمان به طور صریح بر شفقت به عنوان مهربانی، نگاه پذیرنده و دلسوزانه به خود و دیگران به منظور مقابله با خود انتقادی، شرم و انزوا تاکید می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۴). علاوه بر این بر ارتقاء رابطه فرد با مشکلات روانشناختی اش نیز تمرکز دارد که پرورش نگاه غیر قضاوتی و شفقت ورز نیز از همین اقدامات محسوب می‌شود (مکبس و گوملی^{۱۱}، ۲۰۱۲؛ طاهرکریمی، حسینی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). درمان متمرکز بر شفقت توصیف نظریه زیربنایی و فرایند کاربرد مدل شفقت برای درمان است، در حالیکه آموزش ذهن شفقت ورز به توصیف فعالیت هایی می‌پردازد که برای تقویت ویژگی ها و مهارت های مشفقانه طراحی شده است (گیلبرت، ۲۰۰۹). برخی از تکنیک های این مدل آموزشی جهت درونی سازی شفقت به خود شامل نوشتن نامه شفقت آمیز به خود، تصویرسازی ذهنی و کسب دانش روانشناختی شفقت به خود است (گیلبرت، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر شفقت به خود یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که کارآزمایی بالینی آن در مطالعات محققانی همچون تانبام، آدامز، گنزالز، هانس و هود^{۱۲} (۲۰۱۸)؛ بلاس و ایزن لوه^{۱۳} (۲۰۱۷)؛ ونگ، چن، پون، تنگ و جین^{۱۴} (۲۰۱۷)؛ الاین و هالیز^{۱۵} (۲۰۱۶)؛ نامنی و همکاران (۱۴۰۰)؛ منعیمیان، مردانی راد، قنبری پناه و امیدوی (۱۴۰۰)؛ حسینی مهر و همکاران (۱۴۰۰)؛ عراقیان، نجات، توزنده جانی و باقرزاده (۱۳۹۹) و شجاعی (۱۳۹۸) نشان داده شده است. صادق زاده و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی اثرات مثبت درمان مبتنی بر شفقت به خود را بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار تایید کردند. در این راستا مطالعاتی

11. MacBeth & Gumley
12. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes & Hood
13. Bluth & Eisenlohr
14. Wang, Chen, Poon, Teng & Jin
15. Elaine & Hollins
16. Ştefan
17. Stevenson, Mattiske & Nixon
18. Neff & McGehee
19. Jacobson, Wilson, Kurz & Kellum

1. distress tolerance
2. empathy
3. sensitivity
4. nonjudgement
5. compassionate reasoning
6. compassionate feeling
7. compassionate behaviour
8. compassionate imagery
9. compassionate sensation
10. Procter

پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) و برای هر مولفه ۳ سوال و یک نمره کل می باشد. در این مقیاس، سوالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شود و بقیه سوالات به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. ریف و کیز (۱۹۹۵) ضریب همسانی درونی کل آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ حدود ۰/۵۵ گزارش داده اند. به منظور هنجاریابی مقیاس های بهزیستی در ایران بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس های بهزیستی روانشناختی ریف را ۸۲ درصد و خرده مقیاس های پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، تسلط بر محیط و رشد شخصی را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ که از نظر آماری معنادار بود و برای استفاده در ایران مورد انطباق گزارش شده است. در پژوهش ضیائی نژاد (۱۳۹۵) ضریب پایایی کل پرسشنامه از طریق دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ضرایب ۰/۹۲ و ۰/۸۸ به دست آمد. همبستگی مقیاس ۱۸ سوالی بهزیستی روانشناختی ریف با فرم مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است که بیانگر روایی ملاکی خوبی می باشد. عسگری و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود برای تعیین اعتبار این پرسشنامه نمره آن را با نمره پرسشنامه سلامت عمومی همبسته نمودند و مشخص گردید که رابطه مثبت و معناداری بین آن‌ها وجود دارد ($P < 0/02$, $r = 0/31$) که بیانگر برخورداری پرسشنامه از اعتبار لازم است.

ج: پرسشنامه تحمل پریشانی: پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر^۴ (۲۰۰۵) ساخته شد. گویه های این مقیاس تحمل پریشانی را بر اساس توانایی های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان های منفی و اقدام های تنظیم کننده برای التیام پریشانی می‌سنجد. این مقیاس شامل ۱۵ گویه و چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است و نمرات بالا در این مقیاس حاکی از تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه مناسبی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). علوی و همکاران (۱۳۹۰) این مقیاس را به فارسی ترجمه و در جامعه ایرانی هنجاریابی کرده‌اند. پایایی کل مقیاس ۰/۷۱ و خرده مقیاس ها بین ۰/۴۲ تا ۰/۵۸ بوده است.

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه پژوهش و جایگزین شدن تصادفی شرکت کننده ها در دو گروه آزمایش و کنترل، طی یک جلسه با شرکت کنندگان در رابطه با طرح پژوهش، اهداف پژوهش، مکان برگزاری، تعداد جلسه ها، طول مدت هر جلسه و موضوعات مطروحه در جلسه ها توضیح و رضایت آنها برای شرکت در پژوهش جلب شد. قبل از انجام مداخله آموزشی، هر دو گروه تحت پیش آزمون قرار گرفتند. سپس آموزش رویکرد ذهن شفقت ورز طی ۸ جلسه اجرا

پژوهش، امکان یافتن تعداد بیشتر امری دشوار بود. همچنین در نمونه گیری هدفمند، قصد محقق انتخاب مواردی است که با توجه به هدف تحقیق اطلاعات زیادی داشته باشند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنسیت زن، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن سابقه زندگی زناشویی بالاتر از ۳ سال، داشتن سلامت جسمانی و تمایل به شرکت در پژوهش. ملاک های خروج نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه آموزشی، وجود بیماری های مزمن جسمی یا اختلالات روانی و اختلال سوء مصرف مواد.

ابزار پژوهش

الف: پرسشنامه تعارض زناشویی^۱: پرسشنامه تعارض زناشویی توسط براتی و ثنایی (۱۳۸۷) ساخته شده است و شامل ۴۲ سوال است. بیشترین نمره پرسشنامه ۲۱۰ و کمترین نمره ۴۲ است. این پرسشنامه تعارض زوج ها را در هفت زمینه مورد سنجش قرار می‌دهد که شامل کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر است و شدت تعارض زناشویی را تخمین می زند. همچنین از گونه مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای بوده که جواب به هر سال آن در درجه ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) قرار می‌گیرد و نمره کل و نمرات ریز معیارها با جمع کردن سوالات و تقسیم بر سوالات هر بعد به دست می‌آید. نمره بالا در این آزمون دال بر شدت تعارض و پایین بودن آن حاکی از خوب بودن اوضاع است. ترابی و ثنایی (۱۳۷۵) به منظور هنجاریابی و اندازه گیری روایی و پایایی، پرسشنامه مذکور را روی یک گروه ۱۱۱ نفری متشکل است از ۵۳ مرد و ۵۸ که برای رفع تعارضات زناشویی خود به مراکز مشاوره یا مراجع قضایی مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۰۸ نفری از زوج های عادی متشکل از ۵۳ مرد و ۵۵ زن اجرا کردند. مقایسه میانگین دو گروه سازگار و ناسازگار در زنان و مردان بیانگر وجود تفاوت معناداری بین آنها بود که می توان دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج های متعارض از نام تعارض باشد. پایایی کل پرسشنامه به وسیله براتی و ثنایی (۱۳۸۵) برابر با ۰/۵۲ به دست آمد. همچنین در پژوهش گودرزی و همکاران (۱۳۹۷) نیز پایایی برابر با ۰/۷۱ بود. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد. برای تعیین روایی پرسشنامه از تعدادی متخصص خانواده درمانی نظرخواهی شد و بنابر اعتقاد آنها این پرسشنامه دارای روایی محتوایی مناسبی است (رسولی و فلاحتی، ۱۳۹۳).

ب: پرسشنامه بهزیستی روانشناختی^۲: نسخه تجدیدنظر شده مقیاس بهزیستی روانشناختی در سال ۱۹۹۵ توسط ریف و کیز^۳ طراحی شده است. این مقیاس ۱۸ گویه دارد و نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) می باشد. حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ می باشد و دارای ۶ مؤلفه

1. Marital Conflict Questionnaire
2. Psychological well-being scale

3. Kiz
4. Simons & Gaher

نتایج

به منظور تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون ام باکس به منظور بررسی فرض یکسانی ماتریس کواریانس و آزمون بارتلت به منظور بررسی فرض یکسانی ماتریس کواریانس باقی مانده استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری مفروضه همبستگی بین متغیرهای وابسته بود. همچنین به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک و از آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس برای تک تک متغیرها استفاده گردید. همچنین تعامل بین شرایط آزمایشی و متغیر همپراش در هر کدام از متغیرهای تحمل‌پریشانی و بهزیستی روانشناختی معنادار نبود ($p > 0/05$)؛ بنابراین شیب خط رگرسیون برای همه شرایط آزمایشی یکسان است. با تایید مفروضه‌های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم گردید. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر تحمل‌پریشانی و بهزیستی روانشناختی در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات تحمل‌پریشانی و بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	نوبت آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۲۸/۰	۲/۲۹	
		۱۲	۳۷/۳۳	۳/۰۶	
کنترل	پیش آزمون	۱۲	۲۹/۵	۳/۰۶	
		۱۲	۳۱/۷۵	۲/۹۵	
آزمایش	پس آزمون	۱۲	۵۲/۵	۷/۱۱	
		۱۲	۶۱/۰۸	۷/۲۲	
کنترل	پس آزمون	۱۲	۵۴/۷۵	۴/۵۷	
		۱۲	۵۷/۶۶	۴/۳۷	

با توجه به جدول ۱، میانگین نمرات تحمل‌پریشانی و بهزیستی روانشناختی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش افزایش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات در گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر چندانی نداشته است.

شد. محتوای برنامه به صورت جلسات گروهی و به شیوه سخنرانی کوتاه آموزشی، انجام تکنیک‌ها و ارائه تکالیف خانگی در قالب جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. در پایان نیز از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس یک متغیره و چند متغیره به وسیله نرم افزار SPSS۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، بعد از اتمام دوره پژوهش، برای آزمودنی‌های گروه کنترل که در معرض مداخله قرار نگرفته بودند نیز ۸ جلسه آموزش رویکرد ذهن شفقت ورز ارائه شد.

جلسه‌های مداخله: پروتکل ۸ جلسه‌ای ذهن شفقت ورز، سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف و تمرین‌های به کار برده در این پژوهش بر اساس کتاب درمان متمرکز بر شفقت تالیف گیلبرت (۲۰۰۵) می باشد که شامل جلسات زیر است:

جلسه اول: آشنایی اعضا و درمانگر، تعیین اهداف، بیان انتظارات، بیان قوانین، مفهوم سازی مشکل و توضیحی کوتاه از مدل آموزشی ذهن شفقت ورز.

جلسه دوم: مرور جلسه قبل، تعریف و ارزیابی شفقت، تکلیف: شناسایی افکار خود انتقاد گر و شفقت ورز در طول هفته.

جلسه سوم: مرور جلسه‌های قبل و بررسی تکالیف. معرفی تصویرسازی و منطق آن، آموزش تمرین تصویرسازی ذهنی مشفقانه (تصور رنگ یا خلق یک صدای شفقت آمیز در ذهن). تکلیف: بررسی تمرین تصویرسازی ذهنی مشفقانه.

جلسه چهارم: مرور جلسه‌های قبل و بررسی تکالیف. آشنایی با مغز قدیم، مغز جدید و مغز آگاه. آموزش ذهن آگاهی، مهارت‌ها و شیوه اجرای آن. تکلیف: تمرین تنفس ذهن آگاهانه در موقعیت‌های پریشان کننده.

جلسه پنجم: مرور جلسه‌های قبل و بررسی تکالیف. تمرکز بر خود مشفق، بحث در مورد ویژگی‌های فرد خود شفقت ورز، تمرین صندلی خالی گشتالت (افکار خود انتقادگر، خود مشفق، خود انتقاد شونده)، آموزش تصویر سازی ذهنی در مورد خود شفقت ورز. تکلیف: تصویرسازی ذهنی خود شفقت ورز.

جلسه ششم: مرور جلسه‌های قبل و بررسی تکالیف. آموزش مهارت‌های شفقت ورزی، آموزش شیوه تصویرسازی ذهنی مکان امن شفقت آمیز. تکلیف: بررسی میزان تحمل‌پریشانی در موقعیت‌های تنش‌زا و حساسیت نسبت به رنج در موقعیت‌های حساس، تمرین تصویرسازی مکان امن شفقت آمیز.

جلسه هفتم: مرور جلسه‌های قبل و بررسی تکالیف. رفتار مشفقانه نسبت به دیگران، استفاده از خاطره‌های متضاد، آموزش مراقبه مهربانی و عشق. تکلیف: ثبت افکار خود انتقادگر و مشفقانه به صورت روزانه و انجام مراقبه مهربانی و عشق.

جلسه هشتم: مرور جلسه‌های قبل و بررسی تکالیف. بیم از شفقت به خود. شناسایی موانع فکری پرورش خود مشفق و کار بر روی آن‌ها. یافتن دیگر موانع پرورش ذهن مشفق. آموزش و انجام نامه نگاری مشفقانه و جمع بندی.

جدول ۴: نتایج آنالیز کوواریانس چند متغیره در بررسی اثربخشی آموزش بسته ذهن شفقت ورز بر مولفه های بهزیستی روانشناختی و تحمل پریشانی زنان درگیر تعارض زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان
تحمل	۱۵/۰۴	۱	۱۵/۰۴	۹/۴۷	۰/۰۰۵	۰/۳۰	۰/۸۳
جذب	۲۲/۰۴	۱	۲۲/۰۴	۱۴/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۵
ارزیابی	۱/۵	۱	۱/۵	۰/۵۷۱	۰/۴۵	۰/۲۵	۰/۱۱
تنظیم	۶/۰	۱	۶/۰	۳/۴۲	۰/۰۷	۰/۱۳۵	۰/۴۲

به توجه به جدول ۴ مشاهده می شود اثربخشی آموزش بسته ذهن شفقت ورز بر مولفه های تحمل و جذب زنان درگیر تعارض زناشویی معنادار بوده است ($p < 0.05$). با توجه به مجذور اتا می توان گفت مقدار این اندازه اثر در مولفه تحمل (۰/۳۰) و جذب (۰/۳۹) بوده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در متن مانکوا روی ابعاد بهزیستی روانشناختی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۱	۱۵۴/۰۷	۹/۹۶	۰/۰۰۵	۰/۳۲	۰/۸۵
	گروه	۱	۲۷۵/۲	۱۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۸
	خطا	۲۱	۱۵/۴۶				
	کل	۲۴	۲۹۳۰۱				
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۱	۳۷۲/۴۶	۱۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
	گروه	۱	۱۴۲/۳۷	۷/۲۳	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۷۲
	خطا	۲۱	۴۱۳/۱۱				
	کل	۲۴	۸۵۴۶۵				

همچنین در جدول ۵ مشاهده می شود اثربخشی آموزش بسته ذهن شفقت ورز بر مولفه های روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و تسلط بر محیط زنان درگیر تعارض زناشویی معنادار بوده است ($p < 0.05$). با توجه به مجذور اتا می توان گفت مقدار این اندازه اثر در مولفه روابط مثبت با دیگران (۰/۲۱)، خودمختاری (۰/۵۱)، تسلط بر محیط (۰/۲۳) بوده است.

نام آزمون	مقدار	آماره F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری	اتا	توان
اثر پیلاپی	۰/۵۴	۵/۶۳	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۳
لامبدای ویلکس	۰/۴۵	۵/۶۳	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۳
اثر هتلینگ	۱/۱۸	۵/۶۳	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۳
بزرگترین ریشه روی	۱/۱۸	۵/۶۳	۴	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۳
اثر پیلاپی	۰/۵۶	۳/۷۱	۶	۱۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۸۶
لامبدای ویلکس	۰/۴۳	۳/۷۱	۶	۱۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۸۶
اثر هتلینگ	۱/۳۱	۳/۷۱	۶	۱۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۸۶
بزرگترین ریشه روی	۱/۳۱	۳/۷۱	۶	۱۷	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۸۶

با توجه به جدول بالا، سطوح معناداری همه آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ است که بیانگر این است که دو گروه آزمایش و گواه حداقل در یکی از ابعاد تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری داشته اند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره (ANCOVA) اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی زنان درگیر تعارض زناشویی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۱	۱۵۴/۰۷	۹/۹۶	۰/۰۰۵	۰/۳۲	۰/۸۵
	گروه	۱	۲۷۵/۲	۱۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۸
	خطا	۲۱	۱۵/۴۶				
	کل	۲۴	۲۹۳۰۱				
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۱	۳۷۲/۴۶	۱۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۸
	گروه	۱	۱۴۲/۳۷	۷/۲۳	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۷۲
	خطا	۲۱	۴۱۳/۱۱				
	کل	۲۴	۸۵۴۶۵				

نتایج جدول فوق نشان می دهد که تفاوت بین میانگین باقی مانده نمرات تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تاثیر پیش آزمون معنی دار است ($p < 0.05$). میزان این تاثیر گروهی به ترتیب ۰/۴۵ و ۰/۲۵ بوده است. توان آماری ۰/۹۸ و ۰/۷۲ نیز نشان دهنده کفایت حجم نمونه و پایین بودن خطای نوع دوم است.

جدول ۶: نتایج میانگین تعدیل شده تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی

متغیر	گروه	نوبت آزمون	میانگین تعدیل شده	انحراف معیار
تحمل پریشانی	آزمایش	پس آزمون	۳۸/۰۶	۱/۱۵
	کنترل	پس آزمون	۳۱/۰۱	۱/۱۵
بهزیستی روانشناختی	آزمایش	پس آزمون	۶۱/۸۵	۱/۲۹
	کنترل	پس آزمون	۵۶/۸۹	۱/۲۹

با توجه به نتایج جدول ۶، میانگین تعدیل شده تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش بیشتر از کنترل است. بنابراین آموزش ذهن شفتت و رز بر افزایش تحمل پریشانی و بهزیستی روانشناختی موثر است.

نتایج

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن شفتت و رز بر تحمل پریشانی و بهزیستی روان شناختی زنان درگیر تعارض زناشویی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد آموزش ذهن شفتت و رز بر بهزیستی روان شناختی و تحمل پریشانی زنان درگیر تعارض زناشویی اثرگذاری معناداری دارد. این نتایج با یافته های حسینی مهر، خضری مقدم و پور احسان (۱۴۰۰)، عراقیان، نجات، تونزنده جانی و باقرزاده (۱۳۹۹) و شجاعی (۱۳۹۸) مبنی بر اثرگذاری این رویکرد بر تحمل پریشانی همسوست. حسینی مهر، خضری مقدم و پور احسان (۱۴۰۰) در مطالعه ای نشان دادند آموزش مبتنی بر شفتت و رز بر تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی اثرگذار است. نتایج پژوهش عراقیان، نجات، تونزنده جانی و باقرزاده (۱۳۹۹) نشان داد آموزش مبتنی بر شفتت و رز باعث افزایش تحمل پریشانی و معنای زندگی زنان دارای تعارض می شود. نتایج پژوهش شجاعی (۱۳۹۸) حاکی از اثرگذاری این رویکرد درمانی بر تحمل پریشانی زنان پرستار بود.

در تبیین یافته های به دست آمده می توان گفت از نظر گیلبرت و پروکتر (۲۰۰۶) شفتت به خود می تواند منجر به انعطاف پذیری بالای روانشناختی شود. در واقع درمان مبتنی بر ذهن شفتت و رز مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می کند که سیستم تسکین را فعال و سیستم تهدید را خنثی می کند، در نتیجه تغییر این سیستم تاب آوری فرد افزایش می یابد و در نهایت منجر به بهبود سطح تحمل پریشانی فرد می شود. افرادی که نسبت به خود مشفق هستند، توانایی بیشتری در کنار آمدن با وقایع ناراحت کننده دارند زیرا نسبت به دیگر افراد از توانایی پذیرش بالاتری برخوردارند. بنابراین پریشانی عاطفی در این افراد کاهش می یابد و تحمل آشفتگی افزایش می یابد که در نهایت منجر به کنترل و تسکین بالای خویشتن می گردد. تمرینات آموزش ذهن شفتت و رز از جمله تن آرامی، مراقبه و ذهن آگاهی نقش بسزایی در بهبود تحمل پریشانی دارد. تفکر مشفقانه، رفتار مشفقانه و

تصویرسازی مشفقانه با ذهن آگاهی تولید شده و انجام می پذیرد. ذهن آگاهی در آموزش ذهن شفتت و رز منجر به آگاهی از تجارب زمان حال می شود و باعث می شود فرد نسبت به جنبه های دردناک تجارب منفی و هیجانات ناخوشایند خود گوشوده و بدون قضاوت باشد و دست به خود انتقادی، سرزنش و قضاوت نزند (پورصالح و داودی، ۱۴۰۰). علاوه بر این نگرش مشفقانه به افراد کمک می کند تا پیوندی میان خود و دیگران احساس کنند و به موجب این احساس بر ترس از طرد و ناسازگاری با شرایط موجود غلبه کنند (نف، ۲۰۱۰). بنابراین افرادی که خودشفقتی بالاتری دارند، هنگام تجربه وقایع ناخوشایند همانند پرخاشگری در روابط بین فردی با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان ها مرتکب اشتباه می شوند، احساسات ناخوشایند کمتری را تجربه می کنند و تحمل آشفتگی بالاتری را از خود نشان می دهند (بشارت، موحدی و بخشی، ۱۳۸۹).

همچنین یافته های این پژوهش مبنی بر اثرگذاری آموزش ذهن شفتت و رز بر بهزیستی روانشناختی زنان درگیر تعارض زناشویی با نتایج پژوهش نامنی و همکاران (۱۴۰۰)، صادق زاده مفرد و همکاران (۱۴۰۰)، منعیمان و همکاران (۱۴۰۰)، طاهر کرمی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. نتایج پژوهش نامنی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از اثربخشی آموزش شفتت و رز بر تحمل پریشانی و آشفتگی زناشویی زنان متعارض بود. منعیمان و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود نشان دادند درمان متمرکز بر شفتت و رز بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه اثرگذار است. نتایج پژوهش صادق زاده مفرد و همکاران (۱۴۰۰) نیز حاکی از اثرگذاری این رویکرد درمانی بر خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان بود. طاهر کرمی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در مطالعه ای نشان دادند درمان مبتنی بر شفتت و رز خود بر تاب آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی زنان در حال یائسگی موثر است. از لحاظ نظری شفتت و رز باعث افزایش رفتار های پیشگیرانه برای حفظ و ارتقا بهزیستی روانشناختی می شود (نف و گرم، ۲۰۱۳). آموزش ذهن مشفق باعث آشکار شدن محدودیت ها و شناسایی رفتارهای ناسالم می شود و شخص را برای تحول آماده و تغییر برای ارتقای بهزیستی را تشویق می کند (کلی و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین شفتت و رز بالایی ذهن با بهزیستی روانشناختی همراه است و از افراد در برابر استرس حمایت می کند (نف و پور، ۲۰۱۳). آموزش ذهن شفتت و رز، توجه مشفقانه، تمرکز مجدد، رفتار مشفقانه و تصویرسازی مشفقانه را برای توسعه سیستم تسکین، رضایت و امنیت پیشنهاد می دهد و همگی بر راهبردهای ایمنی بخش و آرامش روانی متمرکز است. این سیستم افراد را قادر می سازد تا احساس پذیرش خود، خودمختاری، رشد فردی و روابط مثبت با دیگران را برای خود فراهم کنند و به تعادل روانشناختی دست پیدا کنند (گیلبرت، ۲۰۰۹). شفتت و رز به خود به معنای مراقبت مهربانانه نسبت به خود، پذیرش احساسات آسیب پذیر و نداشتن نگرش ارزشیابانه نسبت به شکست ها و نارسایی های خویش و باز شناسایی تجربیات فرد می باشد (ریف، ۲۰۱۴). به همین خاطر می تواند منبعی ماندگار برای دستیابی به بهزیستی روان باشد. برخی از محققان دریافته اند که شفتت و رز به خود

به طور مثبت با شاخص‌های قوت روانی رابطه دارد که همانند ابعاد بهزیستی روانشناختی ریف (۲۰۱۴) است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو به رو بود. از جمله اینکه به علت عدم دسترسی به مراجعان، امکان پیگیری اثرات مداخله وجود نداشت. بنابراین از اینکه اثرات آموزش ذهن شفقت ورز در طولانی مدت پایدار بوده اند یا خیر، اطلاعی در دست نیست. همچنین خودگزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش از دیگر محدودیت‌ها بود. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی جهت تعیین دقیق تر اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز، مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آنها با نتایج این مطالعه مقایسه گردد. همچنین برای دستیابی به نتایج عمیق تر می‌توان در کنار استفاده از پرسشنامه، از مصاحبه نیز بهره برد. همچنین پیشنهاد می‌گردد درمانگران زوج و خانواده از این رویکرد درمانی در مراکز مشاوره و کلاس‌های آموزشی جهت حل تعارضات بهره ببرند.

منابع

- اسماعیلی، علی اکبر؛ اکبرزاده، ابراهیم؛ محمدی، یحیی؛ نعمتی، محمدعلی و رئیسون، محمدرضا. (۱۳۹۵). رابطه میان بهره هوشی با هوش فرهنگی و خودنظارتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۲۳ (۳)، ۲۶۸-۲۷۶.
- اصلائی، سعید؛ اسکندری، حسین و برجعلی، احمد. (۱۳۹۸). پیش‌بینی مشکلات بین شخصی افراد بر اساس سبک‌های دلبستگی با توجه به نقش واسطه‌ای شفقت خود در زوجین شهر تهران. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. (۵۲)، ۳۷-۴۶.
- امانی، احمد؛ عیسی نژاد، امید و علیپور، الهه. (۱۳۹۷). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر آشفنگی زناشویی، تعارض زناشویی و خوش بینی در زنان متأهل مراجعه کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد شهر کرمانشاه. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*. (۵)، ۶۴-۴۲.
- آرمان پناه، اژده؛ سجادیان، ایلناز و نادی، محمد علی. (۱۳۹۹). نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه ی بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*. (۵۵)، ۱۴-۲۸-۹.
- براتی، هاجر؛ عریضی، حمیدرضا و شهیر، ابراهیم. (۱۳۹۹). همبستگی ویژگی‌های کار با مولفه های مثبت (خوش بینی، سرزندگی و عاطفه مثبت) و منفی (تنش و تکانش) بهزیستی روانشناختی در بین کارکنان شرکت انتقال گاز استان اصفهان. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. (۲)، ۸۰.
- بشارت، محمدعلی؛ بخشی، سیده زهرا و موحدی نسب. (۱۳۹۰). تأثیر واسطه‌ای نشخوار خشم بر رابطه بین ابعاد خشم و مهار خشم با سلامت و بیماری جسمی. *روانشناسی معاصر، دوفصلنامه انجمن روانشناسی ایران*. (۲)، ۱۴-۳.
- بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور و بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. (۲)، ۱۴۲-۱۴۶.
- بیداری، فرزانه؛ امیرفخرایی، آریتا و زارعی، اقبال. (۱۴۰۰). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر باورهای غیرمنطقی و خودتنظیمی هیجانی زنان دارای تعارض زناشویی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مجله دست آوردهای روان شناختی*. (۲)، ۲۴۱-۲۶۴.
- پوررنجیر، محمد؛ خدادادی، محمدرسول و فریدفتحی، مریم. (۱۳۹۸). همبستگی بین مشارکت ورزشی، بهزیستی روانشناختی و شکایات جسمی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*. (۱)، ۷۳-۶۴.
- پورصالح، حمید و عطیه، داودی. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش ذهن شفقت ورز بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*. (۶۲)، ۱۶.

حسینی مهر، نجمه؛ خضری مقدم، نوشیروان و پوراحسان، سمیه. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر خودکارآمدی اجتماعی، تحمل پریشانی و خودانتقادی در دختران نوجوان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*. (۷)، ۲۳-۴۸.

خدادوست، ساناز و ابراهیمی مقدم، حسین. (۱۳۹۹). کارآمدی آموزش الگوی گشتاوری السون بر سبک های دل‌بستگی و تعارض های زناشویی زوجین در معرض طلاق هیجانی. *مشاوره و روان درمانی خانواده*. (۲)، ۵۳-۷۲.

خیراللهی، محمد؛ جعفری، اصغر؛ قمری، محمد و باباخانی، وحیده. (۱۳۹۹). مدل‌یابی سبک‌های مقابله با تعارض زناشویی بر اساس تحلیل روند تغییرات چرخه زندگی در زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه علمی پلیس زن*. (۳۳)، ۲۴۱-۲۶۴.

شجاعی، فاطمه. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و هوش اخلاقی پرستاران. *دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم انسانی*. تفریس، گرجستان.

صادق زاده مفرد، زهرا؛ درتاج، فریبرز؛ قائمی، فاطمه؛ فرخی، نورعلی. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان. *مجله علوم پزشکی رازی*. (۲۸)، ۸.

ظاهر کرمی، ژیلدا؛ حسینی، امید و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز. *دوماهنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی*. (۳)، ۵-۱۹-۱۸۹.

عراقیان، شیماء؛ نجات، حمید؛ تونزنده جانی، حسن و باقرزاده گل‌مکانی، زهرا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل آشفنگی و معنای زندگی زنان دارای تعارض. *فصلنامه علمی-پژوهشی روشها و مدل‌های روانشناختی*. (۳۹)، ۱۳۷-۱۵۴.

عسگری، پرویز؛ احتشام زاده، پروین و پیرزمان، سهیلا. (۱۳۸۸). رابطه سازگاری معنوی و آندروژنی با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان. *یافته های نو در روان شناسی (روان شناسی اجتماعی)*. (۱۱)، ۲۲-۳۳.

علی زاده، سلماز؛ پازوکی، محمد؛ اخلاقی، زهره و بهروز نژاد، سیمین. (۱۳۹۴). مقایسه تحمل پریشانی و بلوغ عاطفی در افراد دارای بیماریهای قلبی و بدون آن. *همایش ملی روانشناسی و مدیریت آسیب های اجتماعی، چابهار*.

گودرزی، محمود؛ و شیرینی، فاطمه و محمودی، بختیار. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مؤلفه های خانواده درمانی شناختی-رفتاری بر تعارض والد-فرزندی و تعارض زناشویی. *روان شناسی کاربردی*. (۴۱)، ۴۸-۵۱-۵۵۱.

منعمیان، گیتا؛ مردانی راد، مزگان؛ قنبری پناه، افسانه و امیدی، عبدالله. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-وجودی و درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه سرپرست خانوار. *مجله علوم روانشناختی*. (۲۰)، ۲۰-۹۹-۴۳۹-۴۵۱.

نامنی، ابراهیم؛ جاجرمی، محمود و سلیمانیان، علی اکبر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان وجودی و درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روان شناختی و آشفنگی زناشویی زنان متعارض. *مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. (۴)، ۲۸-۶۰-۶۲۰.

- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Doorley, J. D., Kashdan, T. B., Alexander, L. A., Blalock, D. V., & McKnight, P. E. (2019). Distress tolerance in romantic relationships: A daily diary exploration with methodological considerations. *Motivation and Emotion*, 43(3), 505-516.
- Elaine, B. C. J., & Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) and compassion focused therapy (CFT) on symptom change, mindfulness, self-compassion, and rumination in clients with depression, anxiety, and stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1099.
- Gilbert, P. (2008). Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioural therapy. In *Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 217-232). Routledge.
- Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379.
- Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., & Kellum, K. K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 69-73.
- Jeong, H., Yim, H. W., Lee, S. Y., Lee, H. K., Potenza, M. N., Jo, S. J., & Son, H. J. (2020). A partial mediation effect of father-child attachment and self-esteem between parental marital conflict and subsequent features of internet gaming disorder in children: a 12-month follow-up study. *BMC public health*, 20(1), 1-10.
- Kelly, R. E., Mansell, W., & Wood, A. M. (2015). Goal conflict and well-being: A review and hierarchical model of goal conflict, ambivalence, self-discrepancy and self-concordance. *Personality and Individual Differences*, 85, 212-229.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- Matheny, N. L., Summers, B. J., Macatee, R. J., Harvey, A. M., Okey, S. A., & Cogle, J. R. (2017). A multi-method analysis of distress tolerance in body dysmorphic disorder. *Body image*, 23, 50-60.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and identity*, 12(2), 160-176.
- Octaviana, B. N., & Abraham, J. (2019). Tolerance for emotional internet infidelity and its correlate with relationship flourishing. *International Journal of Electrical and Computer Engineering (IJECE)*, 8(5), 3158-3168.
- Papp, L. M. (2018). Topics of marital conflict in the everyday lives of empty nest couples and their implications for conflict resolution. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(1), 7-24.
- Rathi P, Pachauri JP. (2018). Problems faced by divorced women in their pre- and post-divorce period: A sociological study with reference to District Meerut. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*; 7(1): 207- 212.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.
- Ştefan, C. A. (2019). Self-compassion as mediator between coping and social anxiety in late adolescence: A longitudinal analysis. *Journal of adolescence*, 76, 120-128.
- Stevenson, J., Mattiske, J. K., & Nixon, R. D. (2019). The effect of a brief online self-compassion versus cognitive restructuring intervention on trait social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 123, 103492.
- Taggart TC, Bannon SM, Hammett JF. (2019). Personality traits moderate the association between conflict resolution and subsequent relationship satisfaction in dating couples. *Personality and Individual Differences*; 139: 281- 289.
- Tanenbaum, M. L., Adams, R. N., Gonzalez, J. S., Hanes, S. J., & Hood, K. K. (2018). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 32(2), 196-202.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K. T., Teng, F., & Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Zhou, H., Peng, J., Wang, D., Kou, L., Chen, F., Ye, M., ... & Liao, S. (2017). Mediating effect of coping styles on the association between psychological capital and psychological distress among Chinese nurses: a cross sectional study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(2-3), 114-122.